



Formulário para Ajuda para Apoio a Menores



Este envelope significa que tem de nos enviar comprovativos para a pergunta à qual está actualmente a responder. Leia a caixa ao lado do envelope para ver o que deve enviar.

Se precisar de ajuda para preencher este formulário, ligue para o número 401-462-5300. Ao preencher este formulário, poderá utilizar as secções "Folha de Rascunho" situadas na página 12 de 13 para ter mais espaço.

1.

NOME DO REQUERENTE (Chefe de Agregado familiar)			Número de Segurança Social		
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome			
NÚMERO DE TELEFONE PARA ONDE PODEMOS CONTACTÁ-LO(A) ENTRE as 8:30 - 16:00		<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)	
		<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Solteiro(a)		
MORADA	Número	Rua	Cidade/Vila	Estado	Código Postal
ENDEREÇO POSTAL (caso seja diferente)					



Inclua comprovativos da sua residência, como por exemplo um recibo da renda, aluguer, factura de serviços públicos, pagamento da hipoteca ou outra documentação que comprove as despesas com alojamento.

2. Fala, ou qualquer outro adulto no seu agregado familiar fala inglês?

Sim Não

Em caso negativo, que idioma(s) se fala(m) em sua casa? _____

3. Mudou-se para Rhode Island nos últimos três (3) meses? Sim Não

Em caso afirmativo, Data: _____ De onde? _____

**APENAS PARA USO
DO ESCRITÓRIO**
Data de recebimento

O DHS disponibilizará um intérprete ou um funcionário bilingue para o(a) ajudar a ler os avisos, cartas ou outras informações do DHS escritas em inglês. Se tiver dificuldades em obter um intérprete ou um funcionário bilingue no gabinete do DHS, entre em contacto com o Coordenador do "Limited English Proficiency" através do número (401) 462-2130 (para surdos/deficientes auditivos marque 711).

4. O SEU AGREGADO FAMILIAR: Indique todas as pessoas que vivem consigo em casa, quer esteja a solicitar apoio a menores para essa pessoa ou não.

NOME			PARENTESCO	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL (caso tenha)	ESTÁ A SOLICITAR APOIO A MENORES?	ESTA CRIANÇA ESTÁ NO INFANTÁRIO ?	ESTATUTO DE CIDADÃO	RAÇA* (ver abaixo) opcional	A etnia desta pessoa é Latina/Hispânica? (opcional)
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	PRÓPRIO/ Chefe do Agregado familiar	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino					Cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sim -----> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sim -----> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sim -----> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sim -----> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sim -----> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sim -----> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sim -----> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sim -----> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sim -----> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



Forneça cópias das certidões de nascimento ou comprovativos do estatuto de imigração de todas as crianças para quem está a solicitar apoio. Se alguma das crianças para quem está a solicitar apoio não tem um número de segurança social, deve solicitar um no Gabinete da Segurança Social e fornecer-nos comprovativos de que o fez. Se já verificou estas informações pois recebeu ajuda dos programas RIW ou SNAP ou ajuda médica através do DHS, não precisa de voltar a fornecer documentação relativa a estas informações.

*** Raça**

Coloque um visto nos blocos acima. Pode colocar um visto em mais de uma caixa para cada pessoa.

- B = Caucasiano
- N = Negro ou Afro-americano
- A = Asiático
- N = Nativo do Havai ou Outro Insular do Pacífico
- I = Índio Americano ou Nativo do Alasca

5. ESTATUTO DE IMIGRAÇÃO: Escreva o nome e o estatuto de imigração de cada criança que esteja a candidatar-se a Apoio a Menores que não seja cidadã dos EUA.

Apelido	Nome	Inicial do 2º Nome	ESTATUTO DE IMIGRAÇÃO

ESTATUTO DE IMIGRAÇÃO

- | | |
|---|--|
| 1. Residente Permanente Legal | 5. Concedida entrada condicional |
| 2. Admitido(a) como refugiado(a) | 6. Concedido o estatuto de "Parole" nos EUA durante pelo menos 1 ano |
| 3. Concedido asilo | 7. Aderente Cubano/Haitiano |
| 4. Concedida com retenção de deportação | 8. Sem documentos |



Se o estatuto de imigração da criança corresponder aos números 1-7 (acima), é obrigatório o comprovativo desse mesmo estatuto.

6. PROGENITOR(A)(ES) AUSENTE(S): Existe alguma criança no agregado familiar que não viva com os dois progenitores (biológicos ou adoptivos)? Sim Não

Indique como Progenitor(a) Ausente o cônjuge ou ex-cônjuge dos filhos nascidos neste matrimónio ou nos 10 meses a seguir à sentença definitiva de divórcio desse cônjuge. Se a sentença de divórcio ou ordem judicial não incluir o seu cônjuge ou ex-cônjuge como pai de qualquer criança indicada no seu formulário, deve indicar o nome do pai biológico da(s) criança(s) e fornecer as cópias da sentença ou ordem judicial juntamente com este formulário. Se houver mais do que um(a) progenitor(a) ausente ou se tiver mais de três filhos com este(a) progenitor(a) ausente, copie o quadro abaixo e anexe-o numa página separada juntamente com as informações do(a)s outro(a)s progenitor(a)s ausente(s).

Apelido do(a) Progenitor(a) Ausente 2º Nome	1º Nome	Inicial do	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº de Segurança Social do(a) Progenitor(a) Ausente	Data de Nascimento do(a) Progenitor(a) Ausente
Morada Actual ou última morada conhecida do(a) Progenitor(a) Ausente					Nº de Telefone do(a) Progenitor(a) Ausente
Este(a) progenitor(a) já faleceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo, data de falecimento: ___/___/___	Nome e morada da entidade patronal			Este progenitor(a) ausente está incapacitado(a) e/ou é veterano(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Os pais desta(s) criança(s) estavam casados um com o outro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, data do matrimónio ___/___/___			
Os pais desta(s) criança(s) estão actualmente casados um com o outro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso negativo, data do divórcio ___/___/___			
Filho(s) do(a) progenitor(a) ausente que vive(m) neste agregado familiar.		Estado onde nasceu	Existe uma ordem judicial de pensão de alimentos, cobertura médica ou paternidade? (Em caso afirmativo, indique a data da ordem judicial.)		
Apelido da criança	1º Nome	Inicial do 2º Nome	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apoio Cob Saúde Paternidade	<input type="checkbox"/> Data _____ <input type="checkbox"/> Data _____ <input type="checkbox"/> Data _____
1.					
2.					
3.					
Tem motivos para achar que este(a) Progenitor(a) Ausente lhe fará mal a si ou ao(s) seu(s) filho(s)?					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Neste momento, pretende que o(a) seu(sua) Assistente Social o(a) recomende ao advogado especialista em violência doméstica (Domestic Violence Advocate)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Alguma vez fez queixa na polícia sobre um incidente relacionado com este(a) Progenitor(a) Ausente ou solicitou uma medida cautelar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Em caso afirmativo, forneça uma cópia da medida cautelar ao(à) seu(sua) assistente social ou ligue para o número 415-8200 e peça para falar com um(a) assistente social de apoio a menores. Se respondeu "Sim" a qualquer uma destas perguntas, preencha o AP-35-CCAP incluído nas primeiras páginas deste pacote e devolva-o juntamente com este formulário.					

7. RENDIMENTO PROVENIENTE DE TRABALHO: Tem ou espera ter, ou outro membro do agregado familiar, rendimentos provenientes de trabalho este mês? Sim Não **Indique-nos os rendimentos provenientes de trabalho por conta própria na Pergunta 8.**

Em caso afirmativo, preencha as caixas abaixo sobre o emprego. Utilize uma página nova para um segundo emprego, ou para um segundo progenitor com emprego.

Apelido	Nome	Inicial do 2º Nome	COM QUE FREQUÊNCIA RECEBE O SALÁRIO? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> quinzenalmente <input type="checkbox"/> duas vezes por mês <input type="checkbox"/> outro: _____	DIA DE PAGAMENTO: (faça um círculo à volta de uma opção) Irreg D S T Q Q S S
NOME E MORADA DA ENTIDADE PATRONAL:			TELEFONE DA ENTIDADE PATRONAL: _____	CARGO:
			DATA DA CONTRATAÇÃO/RECONTRATAÇÃO: _____	

A PARTIR DOS TALÕES DE PAGAMENTO DAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, PREENCHA AS CAIXAS ABAIXO:

TALÃO DE PAGAMENTO #	DATA DE PAGAMENTO	HORÁRIO NORMAL	HORAS EXTRAORDINÁRIAS	SALÁRIO BRUTO ANTES DE IMPOSTOS	GORJETAS/ COMISSÕES	OUTROS
1				\$	\$	\$
2				\$	\$	\$
3				\$	\$	\$
4				\$	\$	\$



Inclua cópias dos talões de pagamento das últimas (4) semanas. Ou, caso se trate de um novo emprego ou de um regresso ao mesmo emprego após uma ausência de três (3) semanas ou mais e não tem quatro (4) talões de pagamento, deverá fornecer uma carta da sua entidade patronal a indicar o primeiro dia de trabalho, o salário à hora/semana, as horas/dias de trabalho e o total de horas de trabalho por semana. Exemplo: "Trabalha das 9:00 às 15:00, de Segunda a Sexta-feira".

		Horas de Actividade Laboral		Assinale as afirmações que se aplicam ao seu emprego <input type="checkbox"/> Em caso de novo emprego, data em que o emprego começará ____/____/_____ <input type="checkbox"/> Este rendimento terminará a (data) ____/____/_____ <input type="checkbox"/> Trabalho os mesmos dias da semana, todas as semanas. <input type="checkbox"/> Normalmente trabalho o mesmo número de horas todas as semanas. <input type="checkbox"/> Os meus dias de trabalho mudam todas/todos: as semanas / os meses (faça um círculo à volta de uma opção) <input type="checkbox"/> Faço turnos todas/todos: as semanas / os meses / outro _____(faça um círculo à volta de uma opção) <input type="checkbox"/> Trabalho horas extraordinárias: ocasionalmente / quando me pedem / outro _____(faça um círculo à volta de uma opção) <input type="checkbox"/> Dependo dos transportes públicos para ir para o trabalho. <input type="checkbox"/> Este emprego é sazonal e as minhas horas vão baixar para 20/semana. <input type="checkbox"/> Trabalho durante o ano escolar e tenho férias no Verão. <input type="checkbox"/> Vou regressar ao mesmo emprego após uma ausência de três (3) semanas ou mais e voltarei a (data) ____/____/_____
Horário Laboral	Horário de Início	Horário de Fim		
Domingo				
Segunda-feira				
Terça-feira				
Quarta-feira				
Quinta-feira				
Sexta-feira				
Sábado				

Se o(a) segundo(a) progenitor(a) do seu agregado familiar ou o seu cônjuge também estiver empregado(a), ou se você tiver um segundo emprego, utilize esta nova página para dar mais informações sobre o emprego.

Apelido Nome	Nome	Inicial do 2º	COM QUE FREQUÊNCIA RECEBE O SALÁRIO? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> quinzenalmente <input type="checkbox"/> duas vezes por mês <input type="checkbox"/> outro: _____	DIA DE PAGAMENTO: (faça um círculo à volta de uma opção) Irreg D S T Q Q S S
NOME E MORADA DA ENTIDADE PATRONAL: _____ TELEFONE DA ENTIDADE PATRONAL: _____ DATA DA CONTRATAÇÃO/RECONTRATAÇÃO : _____			CARGO: _____	

DOS TALÕES DE PAGAMENTO DAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, PREENCHA AS CAIXAS ABAIXO:

TALÃO DE PAGAMENTO #	DATA DE PAGAMENTO	HORÁRIO NORMAL	HORAS EXTRAORDINÁRIAS	SALÁRIO BRUTO ANTES DE IMPOSTOS	GORJETAS/ COMISSÕES	OUTROS
1				\$	\$	\$
2				\$	\$	\$
3				\$	\$	\$
4				\$	\$	\$



Inclua cópias dos talões de pagamento das últimas (4) semanas. Ou, caso se trate de um novo emprego ou de um regresso ao mesmo emprego após uma ausência de três (3) semanas ou mais e não tem quatro (4) talões de pagamento, deverá fornecer uma carta da sua entidade patronal a indicar o primeiro dia de trabalho, o salário à hora/semana, as horas/dias de trabalho e o total de horas de trabalho por semana. Exemplo: "Trabalha das 9:00 às 15:00, de Segunda a Sexta-feira".

Horas de Actividade Laboral			Assinale as afirmações que se aplicam ao seu emprego
Horário Laboral	Horário de Início	Horário de Fim	
Domingo			<input type="checkbox"/> Em caso de novo emprego, a data em que o emprego começará ____/____/_____ <input type="checkbox"/> Este rendimento terminará a (data) ____/____/_____ <input type="checkbox"/> Trabalho os mesmos dias da semana, todas as semanas. <input type="checkbox"/> Normalmente trabalho o mesmo número de horas todas as semanas. <input type="checkbox"/> Os meus dias de trabalho mudam todas/todos: as semanas / os meses (faça um círculo à volta de uma opção) <input type="checkbox"/> Faço turnos todas/todos: as semanas / os meses / outro _____ (faça um círculo à volta de uma opção) <input type="checkbox"/> Trabalho horas extra: ocasionalmente / quando me pedem / outro _____ (faça um círculo à volta de uma opção) <input type="checkbox"/> Dependo dos transportes públicos para ir para o trabalho. <input type="checkbox"/> Este emprego é sazonal e as minhas horas vão baixar para 20/semana. <input type="checkbox"/> Trabalho durante o ano escolar e tenho férias no Verão. <input type="checkbox"/> Vou regressar ao mesmo emprego após uma ausência de três (3) semanas ou mais e voltarei a (data) ____/____/_____.
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			

8. RENDIMENTOS DE TRABALHO POR CONTA PRÓPRIA: Recebe, ou alguém do seu agregado familiar, rendimentos de uma actividade por conta própria? Sim Não

Indique-nos quaisquer rendimentos de serviços de cuidados de crianças na Pergunta 9.

Tipo de Rendimento	Rendimen to bruto	Frequência	Despesas	Vai continuar a ter este rendimento?	Nome da pessoa que aufere este dinheiro
TRABALHO POR CONTA PRÓPRIA Tipo de Trabalho? _____	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	

Preencha as seguintes informações sobre os dias e as horas passadas a trabalhar numa actividade por conta própria.

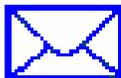
Dia	Horário de Início	Horário de Fim	Horário de Início	Horário de Fim	Horário de Início	Horário de Fim
Domingo						
Segunda-feira						
Terça-feira						
Quarta-feira						
Quinta-feira						
Sexta-feira						
Sábado						

Indique todos os rendimentos e despesas da sua actividade:

Tipo de Rendimento	Montante do Rendimento	Frequência*	Tipo de Despesa	Montante da Despesa	Frequência*
1.			\$		
2.			\$		
3.			\$		
4.			\$		
5.			\$		
6.			\$		
7.			\$		

* Frequência (semanal, bissemanal, bimensal, mensal, trimestral, etc.)?

- Todas as despesas devem estar documentadas com recibos ou outros meios de prova.
- As despesas admissíveis da actividade tratam-se das essenciais para produzir ou fornecer bens e serviços.
- As despesas podem incluir trabalho, material, artigos, impostos, despesas operacionais, despesas de deslocação, juros de empréstimos de aquisição de equipamentos e outros imóveis geradores de receitas.
- Quando uma actividade é realizada em casa, nenhuma parte da despesa operacional é considerada despesa da actividade.
- Elementos como a amortização, as despesas pessoais da actividade e de representação, o transporte de pessoal, o imposto sobre os rendimentos ou planos de reforma das pessoas singulares, as contribuições para caridade, as aquisições de equipamento de capital e os pagamentos do capital de empréstimos de activos fixos ou de bens duradouros não são considerados despesas da actividade.



Para cada tipo de rendimento acima indicado, inclua comprovativos do rendimento bruto auferido e das despesas com ele relacionadas, caso existam. Se a sua actividade for constituída, esse facto deve estar indicado na sua documentação. Aceitaremos igualmente uma cópia dos seus formulários de impostos federais mais recentes, os quais incluem um Relatório de Ganhos e Perdas ou um Relatório de Ganhos e Perdas do seu contabilista referente aos três (3) últimos meses caso os seus formulários de impostos federais tenham mais de três (3) meses.

9. RENDIMENTO PROVENIENTE DE APOIO A MENORES: Tem rendimentos, ou alguém no seu agregado familiar, por prestar serviços de apoio a menores a outras crianças? Sim Não Se é um prestador independente de serviços de apoio a menores, não será autorizado qualquer pagamento por apoio ao(s) seu(s) filho(s) durante as horas em que estiver a trabalhar enquanto prestador(a) de serviços.

Tipo de Rendimento	Rendimen to bruto	Frequência	Despesas	Vai continuar a ter este rendimento?	Nome da pessoa que auferir este dinheiro
RENDIMENTO PROVENIENTE DE APOIO A MENORES Quantas crianças? _____	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	

Preencha as seguintes informações sobre os dias e as horas passadas a trabalhar para obter estes rendimentos.

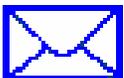
Dia	Horário de Início	Horário de Fim	Horário de Início	Horário de Fim
Domingo				
Segunda-feira				
Terça-feira				
Quarta-feira				
Quinta-feira				
Sexta-feira				
Sábado				

Indique todas as despesas da sua actividade:

Tipo de Despesa:	Montante da Despesa:	Frequência*
1.	\$	
2.	\$	
3.	\$	
4.	\$	
5.	\$	
6.	\$	
7.	\$	

* Frequência (semanal, bimensal, bimensal, mensal, trimestral, etc.)?

- Todas as despesas devem estar documentadas com recibos ou outros meios de prova.
- As despesas admissíveis da actividade incluem artigos do lar, desgaste de mobílias do lar, o aumento do custo dos serviços públicos, equipamentos especiais fornecidos pelo prestador de serviços para uso expresso das crianças durante o serviço de apoio a menores, etc.
- Quando uma actividade é realizada em casa, nenhuma parte da despesa operacional é considerada despesa da actividade.
- É permitida uma dedução normalizada de \$32/semana por criança como despesa empresarial dedutível por apoio a menores. Os prestadores de serviços podem deduzir este montante semanal por cada criança inscrita com pagamentos verificados por serviços de apoio a menores. Não são necessários outros recibos ou outros meios de prova para a dedução normalizada. Os prestadores de serviços não podem fazer a dedução para os próprios filhos.
- Serão consideradas as despesas admissíveis efectivas dos prestadores de serviços que consigam documentar despesas superiores à dedução normalizada de \$32/semana por criança. O prestador de serviços que opte por detalhar as despesas efectivas deve fornecer uma lista detalhada das despesas admissíveis para o período de cuidados que abranja o mês mais recente, bem como recibos para cada despesa admissível da lista.



Para cada tipo de rendimento acima indicado, inclua comprovativos do rendimento bruto ganho e das despesas com ele relacionadas, caso existam.

10. RENDIMENTOS NÃO AUFERIDOS: Tem, ou qualquer membro do seu agregado familiar, outros rendimentos? Sim Não

Indique todos os outros rendimentos abaixo. A seguir encontram-se alguns exemplos de rendimentos. Utilize a categoria “Outros” para tipos de rendimentos não indicados. “Outros” pode incluir Subsídio de Adopção, Presentes/Prêmios/Herança/Lotaria, Benefícios de Reforma, Fundos de Fideicomisso, subsídios para veteranos, etc.

TIPO DE RENDIMENTO	MONTANTE	FREQUÊNCIA	VAI CONTINUAR A TER ESTE RENDIMENTO?	NOME DA PESSOA QUE AUFERE ESTE DINHEIRO
BENEFÍCIOS DE DESEMPREGO	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (TDI)	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
APOIO A MENORES	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
PENSÃO DE ALIMENTOS	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
INDEMNIZAÇÃO DE TRABALHADORES	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
SUBSÍDIO PARA VETERANOS	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
Rendimento Adicional do Seguro de Segurança Social (SSI)	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
RSDI	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
PATROCÍNIO PARA EMIGRANTES	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Nome e morada do responsável:
JUROS/ DIVIDENDOS	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
OUTROS: _____	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
OUTROS: _____	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	
OUTROS: _____	\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	



Envie uma cópia do comprovativo dos rendimentos que recebe (por exemplo, cheque ou carta de aprovação).

11. RECURSOS: Possui, ou o seu cônjuge ou qualquer outra pessoa do seu agregado familiar, qualquer recurso do tipo indicado abaixo? Sim Não

Os recursos líquidos são definidos como quaisquer juros em imóveis sob a forma de dinheiro ou outros instrumentos financeiros ou contas, os quais são prontamente convertíveis em dinheiro ou seus equivalentes. Os exemplos incluem, entre outros: dinheiro, depósitos, poupanças em cooperativas de crédito ou noutra instituição financeira, contas correntes e do mercado monetário, certificados de depósito ou outros depósitos a prazo, ações, obrigações, fundos de investimento e outros instrumentos financeiros ou contas semelhantes.

Estes não incluem contas, planos ou programas de poupança de educação; contas, planos ou programas de poupança reforma; nem contas conjuntas com outro adulto, não incluindo um cônjuge, que resida fora do mesmo agregado familiar, mas só na medida em que a família requerente/beneficiária documentar que os fundos sejam de fontes detidas pelo outro adulto que resida fora do agregado familiar, mais a parte proporcional de qualquer juro, dividendo ou ganhos de capital da mesma.

Se precisar de uma ou mais linhas das categorias abaixo, utilize os espaços assinalados como "Outros" para essas contas adicionais. Se necessário, copie o quadro abaixo e anexe-o numa página separada.

TIPO DE RECURSO	MONTANTE/VALOR	NÚMERO DE CONTA	NOME E MORADA DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA	NOME DA PESSOA QUE POSSUI ESTE RECURSO
DINHEIRO	\$			
CONTAS NO BANCO ou EM COOPERATIVAS DE CRÉDITO	\$	_____ <input type="checkbox"/> Contas <input type="checkbox"/> Poupança		
CONTAS NO BANCO ou EM COOPERATIVAS DE CRÉDITO	\$	_____ <input type="checkbox"/> Contas <input type="checkbox"/> Poupança		
CONTAS NO BANCO ou EM COOPERATIVAS DE CRÉDITO	\$	_____ <input type="checkbox"/> Contas <input type="checkbox"/> Poupança		
CNT DO MERCADO MONETÁRIO ou CERTIFICADO de DEPÓSITO	\$	_____ <input type="checkbox"/> CMM <input type="checkbox"/> CDep		
ACÇÕES/OBRIGAÇÕES	\$			
FUNDOS DE INVESTIMENTOS	\$			
OUTROS	\$			
OUTROS	\$			



Para cada recurso acima indicado, inclua comprovativo de valor desse recurso sob a forma de extractos bancários, etc. Se tiver alguma questão sobre como verificar o(s) seu(s) recurso(s), contacte o(a) seu(sua) assistente social de apoio a menores para o número 415-8200.

12. RENDIMENTOS DE ARRENDAMENTOS: Recebe, ou alguém do seu agregado familiar, rendimentos de arrendamento de imóveis? Sim Não

Tipo de Rendimento	Rendimento bruto	Frequência	Despesas	Vai continuar a ter este rendimento?	Nome da pessoa que recebe este dinheiro
RENDIMENTOS DE ARRENDAMENTOS Quantas unidades? _____	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	



Para cada tipo de rendimento acima indicado, inclua comprovativos do rendimento bruto auferido e das despesas com ele relacionadas, caso existam.

13. RENDIMENTOS PROVENIENTES DE ALOJAMENTO/REFEIÇÕES: Recebe, ou alguém do seu agregado familiar, rendimentos por fornecer alojamento e/ou refeições em sua casa? Sim Não

Tipo de Rendimento	Rendimento bruto	Frequência	Despesas	Vai continuar a ter este rendimento?	Nome da pessoa que aufereste este dinheiro
FORNECEDOR(A) DE ALOJAMENTO/REFEIÇÕES Quantas refeições por dia? — Apenas alojamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	



Para cada tipo de rendimento acima indicado, inclua comprovativos do rendimento bruto auferido e das despesas com ele relacionadas, caso existam.

14. INCAPACIDADE DO(A) PROGENITOR(A): O(a) progenitor(a) que não trabalha tem uma incapacidade que não lhe permite cuidar do(s) filho(s)? Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as caixas sobre cada pessoa.

Apelido	Nome	Inicial do 2º Nome	Problema de Saúde (descrição)
Apelido	Nome	Inicial do 2º Nome	Problema de Saúde (descrição)



A verificação desta condição médica será obrigatória. O DHS fornecer-lhe-á um formulário que terá de ser preenchido e assinado por um médico de família e devolvido aos nossos serviços.

15. INCAPACIDADE DE CRIANÇA: Está a pedir apoio a menores para uma criança com uma incapacidade? Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as caixas sobre cada criança.

Apelido	Nome	Inicial do 2º Nome	Problema de Saúde (descrição)
Apelido	Nome	Inicial do 2º Nome	Problema de Saúde (descrição)



A verificação desta condição médica será obrigatória. O DHS fornecer-lhe-á um formulário que terá de ser preenchido e assinado por um médico de família e devolvido aos nossos serviços.

16. SERVIÇOS DA JUVENTUDE/PROGRAMA DE VISITA À RESIDÊNCIA: Tem menos de 20 anos de idade e não terminou o ensino secundário? Em caso afirmativo, está a participar em algum Programa de Juventude de Visita à Residência (Youth Home Visiting Program)? Sim Não

Em caso afirmativo, em que programa? _____



Inclua uma carta do seu programa que indique que está actualmente activo.

17. SOLICITAÇÃO DE HORAS PARA APOIO A MENORES:

Preencha o quadro abaixo indicando quando precisa de serviços de apoio a menores. Se ambos os progenitores estiverem envolvidos em actividades, deve solicitar cuidados para essas horas em que nenhum dos dois está disponível para tratar do(s) filho(s). De seguida, responda às perguntas na parte inferior para que possamos compreender melhor as necessidades de cuidados do seu filho(a).

Introduza quantas horas por dia cada criança precisa de cuidados (as horas escolares não são admissíveis como Horas de Apoio)	DOMINGO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO
	Das: Às:	Das: Às:	Das: Às:	Das: Às:	Das: Às:	Das: Às:	Das: Às:
Nome da Criança: _____							
Nome da Criança: _____							
Nome da Criança: _____							
Nome da Criança: _____							

As horas que solicitou acima irão variar regularmente devido a uma mudança ou uma variação do horário da sua actividade?

Sim Não

Em caso afirmativo, qual o número aproximado de horas em que participa na sua actividade por semana? _____

Quanto tempo demora a deslocar-se desde o prestador de apoio a menores até ao local da sua actividade? _____

Precisa de apoio antes da escola (antes das 9:00) para algum dos seus filhos em idade escolar?

Sim Não

As horas solicitadas acima irão necessitar de mais do que um prestador de serviços? (por exemplo, um prestador de serviços diferente ao fim-de-semana ou à noite)

Sim Não

AVISO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO

De acordo com o Título VI da Lei sobre Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Secção 504 da Lei de Reabilitação de 1973 e respectivas alterações (29 U.S.C. 794), a Lei dos Americanos Portadores de Deficiência (ADA) de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), Título IX das Alterações de 1972 sobre a Educação (20 U.S.C. 1681 et seq.), a Lei sobre Vales de Refeição (Food Stamps Act) e a Lei sobre a Discriminação Etária de 1975, o regulamento de aplicação do Departamento da Saúde e dos Serviços Humanos dos E.U.A. (45 C.F.R. Partes 80 e 84), os regulamentos de aplicação do Departamento da Educação dos E.U.A. (34 C.F.R. Partes 104 e 106), bem como o Departamento da Agricultura, Alimentação e Serviços de Nutrição dos E.U.A. (7 C.F.R. 272.6), o Departamento de Serviços Humanos (DHS) de Rhode Island não discrimina com base na raça, cor da pele, nacionalidade (pessoas com compreensão limitada da língua inglesa), idade, deficiência, religião, ideologias políticas, ou sexo ao aceitar ou prestar os seus serviços, emprego ou tratamento nos seus programas educacionais e noutros programas e actividades. Ao abrigo de outras disposições da lei aplicável, o DHS não discrimina com base na orientação sexual, identidade de género ou expressão sexual.

Para mais informações sobre estas leis, regulamentos e os procedimentos de apresentação de reclamações por discriminação que o DHS tem estabelecidos para a resolução destes litígios, entre em contacto com o DHS em: 57 Howard Avenue, Cranston, RI 02920, ou através do número de telefone 462-2130 (para surdos/deficientes auditivos marque 711). O Funcionário de Ligação das Relações com a Comunidade é o coordenador da aplicação do Título VI; o Administrador do Gabinete dos Serviços de Reabilitação (ORS) ou a pessoa por ele designada coordena a aplicação do Título IX, Secção 504, bem como da Lei dos Americanos Portadores de Deficiência (ADA). Compete ao Director do DHS ou à pessoa por ele designada a responsabilidade geral de zelar pelo cumprimento dos direitos civis por parte do DHS.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
FOLHA DE RASCUNHO

Utilize esta folha de rascunho para incluir membros e/ou informações adicionais. Para garantir a exactidão do processamento, escreva o número da pergunta e o número da página do formulário a que pertence a sua resposta no espaço previsto.

Nome: _____ Últimos 4 dígitos do seu N.º de Segurança Social: _____

Morada: _____ Telefone: _____

Pergunta N.º. **Página do Formulário N.º.**

Pergunta N.º. **Página do Formulário N.º.**

Pergunta N.º. **Página do Formulário N.º.**

Pergunta N.º. **Página do Formulário N.º.**

Pergunta N.º. **Página do Formulário N.º.**

Pergunta N.º. **Página do Formulário N.º.**

Pergunta N.º. **Página do Formulário N.º.**

DIREITOS E RESPONSABILIDADES

De Requerentes/Beneficiários do Programa "Child Care Assistance" (Ajuda para Apoio a Menores)

DIREITOS

Você tem o DIREITO de requerer e, no caso de se determinar que é elegível, de receber Ajuda para Apoio a Menores de acordo com as políticas e normas estabelecidas na legislação estadual.

Tem o direito a que lhe sejam dadas informações num formato que compreenda e a ser tratado(a) com cortesia, consideração e respeito.

Tem o DIREITO de recorrer e obter, prontamente, uma Audiência perante um Auditor do DHS se não estiver satisfeito(a) com qualquer decisão do Departamento, ou se este se atrasar a tomar uma decisão. Pode fazer-se representar por um advogado ou qualquer outra pessoa que escolha para comparecer como seu representante. Os formulários da audiência, nos quais pode apresentar a sua reclamação, encontram-se disponíveis em todos os escritórios locais e estaduais. Deve requerer uma audiência no prazo de trinta (30) dias a partir da data em que receber uma notificação por escrito para a obtenção de apoio a menores.

Tem o DIREITO de se recusar a prestar informações sobre a sua herança racial/étnica.

Tem o DIREITO à confidencialidade. O Departamento usa as suas informações e as dos outros membros do seu agregado familiar apenas para fins directamente relacionados com a administração dos programas e em conformidade com as Normas de Privacidade de Informação Médica Individualmente Identificável previstas na Lei sobre Transferibilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde (HIPPA - Health Insurance Portability and Accountability Act). O Departamento não divulga informações sobre si ou outros membros do seu agregado familiar sem o seu consentimento, excepto conforme previsto nas Leis Gerais de Rhode Island nº 40-6-12 e 40-6-12.1, bem como nos regulamentos estipulados nos Manuais das Políticas do DHS e do programa "Child Care Assistance". Qualquer pessoa culpada por violação das disposições das Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12 será considerada culpada de uma contravenção. Os infractores estão sujeitos a uma coima máxima de duzentos dólares (\$200) ou a pena de prisão até seis (6) meses, ou ambos.

RESPONSABILIDADES

Tem a RESPONSABILIDADE de fornecer ao Departamento informações exactas sobre os seus rendimentos, recursos e alojamento.

Tem a RESPONSABILIDADE de nos informar imediatamente (no prazo de dez [10] dias) sobre quaisquer alterações aos seus rendimentos, recursos, composição familiar e qualquer outra alteração que afecte o seu agregado familiar.

Tem a RESPONSABILIDADE de fornecer os seus números de segurança social, bem como os dos membros do seu agregado familiar, ou solicitá-los, se a tal for obrigado, como requisito de elegibilidade. O seu número de Segurança Social, bem como os números de Segurança Social de todos os membros do seu agregado familiar para quem recebe assistência, serão verificados através de programas informáticos de cruzamento de dados com o Departamento do Trabalho e Formação Profissional, a Administração da Segurança Social, o Serviço de Finanças, o Serviço de Alimentação e Nutrição e outras entidades governamentais e não governamentais autorizadas por lei, regulamentos ou contratos, e serão submetidos a verificação pelas entidades federais, estaduais e locais. As informações sobre os rendimentos e a elegibilidade obtidas destas agências serão usadas para nos certificarmos de que o seu agregado familiar é elegível e que recebe o montante correcto de benefícios do programa "Child Care Assistance". Os números da Segurança Social são igualmente utilizados para evitar que uma pessoa

ou família receba benefícios em duplicado ao abrigo de qualquer programa, para fazer com que as alterações significativas aos benefícios federais sejam mais fáceis de implementar e para determinar a exactidão e a fiabilidade das informações prestadas ao Departamento por parte dos requerentes e beneficiários de ajuda.

Tem a RESPONSABILIDADE de cooperar totalmente com os funcionários estaduais e federais que realizam as análises de controlo de qualidade.

Tem a RESPONSABILIDADE de consentir e cooperar com o Departamento no estabelecimento da paternidade e no estabelecimento e/ou na aplicação dos despachos de apoio a menores e de apoio médico a todas as crianças da família, em conformidade com a Lei Geral de Rhode Island, Secção 40-5.1-17, e de acordo com o Título 15 das Leis Gerais, e respectivas alterações, a menos que tenha encontrado um motivo válido para recusar o cumprimento dos requisitos desta lei. A não cooperação com o Gabinete dos Serviços de Apoio à Criança (Office of Child Support Services) relativamente a qualquer criança da sua família resultará na recusa ou encerramento da Ajuda para Apoio a Menores a todas as crianças da sua família.

Sem ser necessário assinar qualquer documento, tomei conhecimento dos termos previstos na Lei Geral de Rhode Island, Secções 40-6-9, 40-6-10 ou 40-8-15, relativos ao seguinte:

Confirmo e aceito que o DHS pode contactar outras pessoas ou organizações para obtenção das provas necessárias para determinar a minha elegibilidade e nível de benefícios.

Tomei conhecimento de que este pedido servirá de autorização ao Departamento de Serviços Humanos para obter as informações pertinentes a meu respeito ou de qualquer pessoa incluída neste formulário por parte dos prestadores de serviços médicos enquanto o processo estiver aberto. O DHS está por mim autorizado a utilizar ou divulgar informações de saúde protegidas para fins de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, de acordo com a notificação de práticas de privacidade do DHS.

O DHS pode utilizar ou partilhar as informações contidas neste formulário para a administração dos programas do DHS, bem como para a administração de outros programas de ajuda financiados a nível federal, de acordo com as disposições da legislação estadual e federal, contratos e regulamentos.

O DHS pode divulgar informações não identificáveis para fins de investigação. Qualquer divulgação de informações identificáveis deverá ser efectuada em conformidade com a legislação estadual e federal.

Tomei conhecimento das perguntas presentes neste formulário e das sanções por ocultar ou prestar informações falsas, ou por infringir qualquer regra indicada neste Aviso de Sanções.

SANÇÕES POR PERJÚRIO:

Declaro, sob pena de perjúrio, que as minhas respostas estão correctas, incluindo as informações sobre cidadania e estatuto de imigração, e completas tanto quanto é do meu melhor conhecimento e convicção. Tenho conhecimento de que ao abrigo das Leis Gerais Estaduais de Rhode Island, Secção 40-6-15, pode ser imposta uma coima máxima de \$1000 ou pena de prisão de até 5 anos, ou ambas, a uma pessoa que obtenha, tente obter, ajude ou incite alguém a obter ajuda pública à qual não tenha direito, ou que não comunique deliberadamente os rendimentos, recursos ou circunstâncias pessoais, bem como os respectivos aumentos que excedam o montante anteriormente comunicado.

CERTIFICO, sob pena de perjúrio, que todas as informações contidas neste formulário são verdadeiras.

Assinatura do Requerente ou Beneficiário	Data	Assinatura do Tutor, Curador ou Procurador	Data
Assinatura do Cônjuge ou outro(a) progenitor(a) do(s) menor(s)	Data	Assinatura do Representante da Agência	Data



Informações aos Requerentes Registo eleitoral em Rhode Island

A Comissão de Eleições (State Board) apela a todos os cidadãos que façam o seu registo eleitoral. O seu voto beneficiá-lo-á e à sua família.

Este pacote de formulários inclui um formulário de registo eleitoral. Se pretender registar-se como eleitor, preencha e assine o formulário e envie-o por correio para os seus Agentes Eleitorais (Board of Canvassers) locais. (lista de endereços no verso do formulário)

Registo eleitoral

- Se não fez o registo eleitoral na sua área de residência, preencha o formulário em anexo.
- O registo ou recusa do registo eleitoral não afectará o montante da ajuda prestada por esta agência.
- Se precisar de ajuda para preencher o formulário de registo eleitoral, pode trazê-lo consigo quando devolver os outros formulários preenchidos deste pacote ou então dirigir-se aos seus Agentes Eleitorais (Board of Canvassers) locais da cidade/vila onde vive. (lista de moradas da cidade/vila no verso do formulário de registo eleitoral).
- Cabe-lhe a si tomar a decisão de procurar e aceitar ajuda.
- Se considerar que alguém interferiu com o seu direito de registo eleitoral ou recusa do registo eleitoral ou no direito à liberdade de decisão ou de escolha do seu partido político, pode apresentar uma reclamação ao Coordenador dos Registos Eleitorais, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904 ou ligar para o número (401)222-2345.



RHODE ISLAND FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ELEITORES

Escreva claramente em letras de forma a caneta. Todas as informações são necessárias, exceto quando marcadas como opcionais.

VOÇÊ PODE USAR ESTE FORMULÁRIO PARA:

- Registrar para votar em Rhode Island.
- Mudar seu nome e/ou endereço no seu registro.
- Escolher um partido político ou mudar de partido.

PARA SE REGISTRAR PARA VOTAR EM RI VOCÊ PRECISA:

- Ser um residente legal de Rhode Island.
- Ser cidadão americano.
- Ter, no mínimo, 16 anos de idade.

(Você precisa ter, no mínimo 18 anos de idade para votar no dia das eleições)

INSTRUÇÕES

Caixa 2: OBRIGATÓRIO. Os cidadãos de Rhode Island que tiverem, no mínimo, 16 anos de idade podem se pré- registrar para votar usando este formulário. Se você não marcar uma destas caixas, este formulário lhe será devolvido. Se você marcou NÃO em alguma destas afirmações, não preencha este formulário.

Caixa 3: Se você estiver se registrando para votar pela primeira vez em Rhode Island pelo correio ou se outra pessoa entregar este formulário por você, é **OBRIGATÓRIO** que você forneça o número da sua carteira de motorista ou número de identidade estadual emitidos pelo Departamento de Veículos Motores (DMV) de RI. Caso não tenha nenhum dos dois, você deve fornecer os 4 últimos dígitos do seu Social Security Number. Se não puder fornecer as informações acima ou caso elas não possam ser verificadas, será necessário que você apresente identificação para uma autoridade eleitoral antes de votar. As formas de identificação aceitáveis estão no site do Conselho Eleitoral em <http://www.elections.ri.gov> ou entre em contato com o seu Conselho de Cabos Eleitorais local (veja o verso deste formulário).

Caixa 5: Uma pessoa pode ter apenas uma residência legal. Você precisa se registrar da sua residência legal. Uma Caixa Postal ou rota rural pode ser usada apenas como "Endereço para correspondência" na Caixa 6.

Caixa 9: Caso queira se filiar para votar, escolha um partido. Se deixar a Caixa 9 em branco, você será listado como não filiado.

Caixa 10: Você deve ASSINAR e DATAR o formulário de registro. Se você não assinar e datar o formulário, ele lhe será devolvido.

Caixa 11: Se você estiver atualizando o seu registro de eleitor porque mudou seu nome legalmente, informe o seu nome legal anterior.

Caixa 12: Se você estiver atualizando o seu registro de eleitor por mudança de endereço, informe o seu endereço anterior, **mesmo que seja de outro estado.**

Você receberá uma confirmação de recebimento deste formulário de registro de eleitores dentro de 3 semanas. Caso não a receba, entre em contato com o seu Conselho de Cabos Eleitorais local (veja o verso deste documento para visualizar a lista). Para perguntas e prazos relacionados a este formulário, visite o site do Conselho Eleitoral em <http://www.elections.ri.gov> ou entre em contato com o seu Conselho de Cabos Eleitorais local (veja o verso deste documento para visualizar a lista).

(Este formulário pode ser reproduzido)

1. Marque as caixas que se aplicam: <input type="checkbox"/> Registro de novo eleitor <input type="checkbox"/> Mudança de endereço <input type="checkbox"/> Troca de partido <input type="checkbox"/> Mudança de nome					
2. Sou cidadão americano e residente em Rhode Island. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tenho, no mínimo, 16 anos de idade. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Você precisa ter, no mínimo, 18 anos de idade para votar.) Se você marcou NÃO em algumas destas afirmações, não preencha este formulário.		3. Número da carteira de motorista ou ID de RI: <input style="width: 150px;" type="text"/> Caso não tenha uma carteira de motorista ou ID de RI, informe os 4 últimos dígitos do seu social security number: <input style="width: 100px;" type="text"/> Se não informar nenhum destes números, veja as instruções para Caixa 3.			
4. Sobrenome		Sufixo (se houver)		Nome	
				Nome do meio (ou inicial)	
5. Endereço residencial (não informe caixa postal)		Apt		Cidade/Município	
				Estado RI	
6. Endereço para correspondência (se diferente da Caixa 5)		Apt		Cidade/Município	
				Estado	
7. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)		8. Número de telefone / endereço de e-mail (opcional)		9. Filiação partidária: <input type="checkbox"/> Democrata <input type="checkbox"/> Moderado	
Mês Dia Ano				<input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Não filiado <input type="checkbox"/> Outro _____	
10. Presto juramento ou afirmo que: - Não estou encarcerado em um instituto correccional por condenação por crime doloso. - Não sou presentemente considerado "mentalmente incompetente" para votar por um tribunal. - As informações que forneci são verdadeiras salvo melhor juízo, sob pena de perjúrio. Se tiver fornecido falsas informações, posso ser multado, encarcerado, ou (caso não seja cidadão americano) deportado ou banido de entrar nos Estados Unidos.				<i>Uso oficial para código de barras</i>	
ASSINE O NOME COMPLETO OU MARQUE ABAIXO				Você está interessado em trabalhar nas apurações? <input type="checkbox"/>	
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>				Data da assinatura: (mm/dd/aaaa) _____	
Aviso: se você assinar este formulário sabendo que ele é falso, você pode ser condenado e multado em até \$5.000 ou preso por até 10 anos.					
11. NOME ANTERIOR (se diferente da Caixa 4)			12. ENDEREÇO ANTERIOR DE REGISTRO (Cidade/Município, Estado, ZIP e Condado)		

Endereço de retorno



Postagem necessária Os correios não entregarão sem a devida postagem.

Enviar para: **BOARD OF CANVASSERS**

*****DOBRE AQUI E COLE NO TOPO*****

INSTRUÇÕES PARA ENVIAR PELO CORREIO O FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ELEITOR

Um requerente que prefira enviar pelo correio seu formulário de registro de eleitor deve fazê-lo da seguinte maneira:

1. Dobre o formulário na linha pontilhada e cole a parte inferior ao topo do formulário.
2. A partir da lista abaixo, localize o endereço do conselho de cabos eleitorais na cidade ou município no qual você está se registrando para votar e escreva aquele endereço no espaço apropriado sob "**Mail To: BOARD OF CANVASSERS**" (Enviar ao CONSELHO DE CABOS ELEITORAIS) no lado endereçado do formulário de registro de eleitor. Escreva o seu endereço de retorno no espaço devido.

AVISO: É contra a lei que qualquer pessoa interfira com a sua privacidade ao registrar para votar ou escolher um partido político. Se você acredita que alguém tenha interferido com o seu direito ou não de se registrar, ou com a sua privacidade ao tomar esta decisão, ou ao escolher um partido político, você pode apresentar uma queixa junto ao State Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

CONSELHOS DE CABOS ELEITORAIS LOCAIS

Barrington Town Hall, 283 County Rd., Barrington, RI 02806	Exeter Town Hall, 675 Ten Rod Rd., Exeter, RI 02822	New Shoreham Town Hall, PO Drawer, 220 Block Island, RI 02807	Smithfield Town Hall, 64 Farnum Pike, Smithfield, RI 02917
Bristol Town Hall, 10 Court St., Bristol, RI 02809	Foster Town Hall, 181 Howard Hill Rd., Foster, RI 02825	Newport City Hall, 43 Broadway, Newport, RI 02840	S. Kingstown Town Hall, 180 High St., Wakefield, RI 02879
Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830	Glocester Town Hall, 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814	N. Kingstown Town Hall, 80 Boston Neck Rd., North Kingstown, RI 02852	Tiverton Town Hall, 343 Highland Rd., Tiverton, RI 02878
Central Falls City Hall, 580 Broad St., Central Falls, RI 02863	Hopkinton Town Hall, 1 Town House Rd., Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall, 2000 Smith St., North Providence, RI 02911	Warren Town Hall, 514 Main St., Warren, RI 02885
Charlestown Town Hall, 4540 S. County Trail, Charlestown, RI 02813	Jamestown Town Hall, 93 Narragansett Ave., Jamestown, RI 02835	North Smithfield Municipal Annex, 575 Smithfield Rd., North Smithfield, RI 02896	Warwick City Hall, 3275 Post Rd., Warwick, RI 02886
Coventry Town Hall, 1670 Flat River Rd., Coventry, RI 02816	Johnston Town Hall, 1385 Hartford Ave., Johnston, RI 02919	Pawtucket City Hall, 137 Roosevelt Ave., Pawtucket, RI 02860	W. Greenwich Town Hall, 280 Victory Highway, W. Greenwich, RI 02817
Cranston City Hall, 869 Park Ave., Cranston, RI 02910	Lincoln Town Hall, 100 Old River Rd., PO Box 100, Lincoln, RI 02865	Portsmouth Town Hall, 2200 East Main Rd., Portsmouth, RI 02871	West Warwick Town Hall, 1170 Main St., West Warwick, RI 02893
Cumberland Town Hall, 45 Broad St., Cumberland, RI 02864	Little Compton Town Hall, PO Box 226, Little Compton, RI 02837	Providence City Hall, 25 Dorrance St., Providence, RI 02903	Westerly Town Hall, 45 Broad St., Westerly, RI 02891
East Greenwich Town Hall, PO Box 111, East Greenwich, RI 02818 East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914	Middletown Town Hall, 350 East Main Rd., Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall, 5 Richmond Townhouse Rd., Wyoming, RI 02898	Woonsocket City Hall, P.O. Box B, 169 Main St., Woonsocket, RI 02895
	Narragansett Town Hall, 25 Fifth Ave., Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall, PO Box 328, North Scituate, RI 02857	

Perguntas sobre o registro de eleitores podem ser endereçadas para: Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov